



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
STATSVETENSKAPLIGA INSTITUTIONEN

# Politisk hälsa

En empirisk studie om välfärdspolitikens lång- och kortsiktiga påverkan på ojämlikhet i hälsa.

*Kandidatuppsats i statsvetenskap  
VT 2014*

*Elin Svensson*

*Handledare: Helena Olofsdotter Stensöta*

*Antal ord: 11438*

## **Abstract**

---

Den svenska välfärdsstaten är känd för sin universalitet och höga jämlikhet men under senare år har forskare och myndigheter varnat för att ojämlikheten blir allt större. Åsikterna går isär men enligt en viss är ojämlikheten ett resultat av de privatiseringsreformer inom främst hälsoområdet som genomförts sedan 1990-talet. Andra menar på att de välfärdsreformer som genomförts inte påverkar ojämlikhet utan att den ojämlikhet det varnas för grundar sig i klass. Studien syftar till att undersöka klasskillnader inom hälsoområdet genom att pröva två motstridiga teoretiska utgångspunkter som behandlar välfärdspolitikens lång- och kortsiktiga påverkan på klasskillnader och ojämlikhet inom hälsa. För att studera kortsiktig välfärdspolitik utgår studien ifrån vårdvalets införande 2010 medan långsiktig välfärdspolitik kan karaktäriseras av klass och klasskillnader. Undersökningen genomförs empiriskt genom regressionsanalyser där en rad hypoteser framtagna ur teorierna om lång- och kortsiktig välfärdspolitik testas i en jämförande studie där två årtal, ett före och ett efter vårdvalets införande jämförs. Resultaten tyder på att kortsiktiga välfärdsreformer inte leder till ökad ojämlikhet och att skillnader kan betraktas som resultat av långsiktig klassbaserad välfärdspolitik.

## Innehållsförteckning

---

<b>Inledning</b>	<b>4</b>
<i>Forskningsproblemet</i>	4
<i>Jämlik hälsa</i>	4
<i>Föräldrapåverkan</i>	4
<i>Valfrihet i vården</i>	5
<i>Disposition</i>	8
<b>Tidigare forskning</b>	<b>9</b>
<i>Jämlikhet i hälsa</i>	9
<i>Välfärdsstaten</i>	12
<i>Välfärdsstaten: förändringar och vårdvalet</i>	14
<i>Sammanfattning: Jämlikhet och vårdvalet</i>	16
<i>Syfte</i>	17
<i>Långsiktig välfärdspolitik</i>	17
<i>Kortsiktig välfärdspolitik</i>	18
<b>Hypoteser</b>	<b>18</b>
<b>Data och metod</b>	<b>21</b>
<i>Datamaterial</i>	22
<i>Beroende variabel</i>	22
<i>Oberoende variabler</i>	23
<i>Oberoende variabel: klass</i>	24
<i>Interaktionsvariabler</i>	25
<i>Kontrollvariabler</i>	26
<i>Operationalisering av data</i>	26
<b>Resultat</b>	<b>29</b>
<i>Långsiktiga faktorer</i>	30
<i>Kortsiktiga faktorer</i>	32
<b>Slutsatser</b>	<b>34</b>
<i>Framtida forskning</i>	36
<b>Referenser</b>	<b>37</b>

## Inledning

---

### *Forskningsproblemet*

#### *Jämlik hälsa*

Den svenska förväntade medellivslängden är bland de högsta i världen, en person som idag föds i Sverige förväntas leva upp till 82 års ålder (OECD, 2014). Att leva till 82 års ålder är däremot inte något som alla kan förvänta sig. Inom samma landsting kan den förväntade medellivslängden skilja sig nio år mellan områden med högst respektive lägst medelinkomst (Västra Götalandsregionen, 2013). Det finns en ojämlikhet<sup>1</sup> i hälsa och det varnas för att dessa klyftor i hälsa mellan olika samhällsgrupper växer vilket är kritiskt för utvecklingen av mer hållbara samhällen (Malmökommissionen, 2013; Hartman, 2011). Hållbara samhällen grundas i en god ekonomi och goda sociala relationer vilka båda är tätt relaterade till god hälsa. En befolkning vid god hälsa innebär lägre kostnader för sjukvården och fler arbetsföra invånare som har bättre förutsättningar till sociala relationer utanför hemmet och samtidigt kan bidra ekonomiskt till samhället (Västra Götalandsregionen, 2013). Wilkinson och Pickett skriver i Jämlikhetsanden (2010) om hur jämlikhet på alla nivåer och främst inom hälsa är av största vikt för ett välfungerande och välmående samhälle. Studier visar på att mer jämlika samhällen tycks tackla samhällsproblem på bättre sätt än mer ojämlika samhällen. Jämlika samhällen har uppvisat bättre resultat både vad gäller klimatpåverkan, korruption och ekonomiska svårigheter. Förtroendet för medmänniskor och staten är också högre i mer jämlika samhällen vilket skapar bra förutsättningar för demokrati (Wilkinson & Pickett, 2010). Jämlik hälsa kan alltså ses som en förutsättning för hållbara samhällen.

#### *Föräldrapåverkan*

Förutsättningar för en god hälsa ser olika ut beroende socioekonomisk status<sup>2</sup> och bakgrund (Wilkinson & Pickett, 2010). De som har lägre socioekonomisk status tenderar att vara mer sjuka och leva kortare liv än de med högre status (Hartman, 2011). Sverige anses vara ett av de mest jämlika länderna i världen och forskning visar även på en hög social rörlighet. Social rörlighet innebär att enskilda personer

---

<sup>1</sup> Jämlikhet/ ojämlikhet- skillnader mellan olika samhällsgrupper på grund av exempelvis klass,

<sup>2</sup> Socioekonomisk/social status: hur en individ uppfattar sig själv utefter sin position i samhället och i jämförelse med andra (Wilkinson & Pickett, 2010).

genom livet relativt lätt kan förflytta sig upp och ner genom samhällets olika klasser<sup>3</sup> oavsett bakgrund (Wilkinsson & Pickett, 2010). Trots detta påpekas att barns förutsättningar för god hälsa ges av deras föräldrar (ISF, 2012). Barn kan ärva sina föräldrars livsstil vilket kan innebära att personer med föräldrar av lägre socioekonomiska klass har sämre hälsa än personer med föräldrar av högre socioekonomisk klass. Wilkinson och Pickett (2010) hävdar att hur vi ser på oss själva utgör grunden för bland annat god hälsa vilket kan innebära att de som vuxit upp med föräldrar av lägre klass har en sämre hälsa eftersom de själva därefter också borde anse sig ha lägre status i förhållande till andra.

### *Valfrihet i vården*

Den goda svenska jämlikheten förknippas ofta med den svenska välfärdsstaten, skapad för att tillgodose hela samhällets behov och utjämna sociala skillnader (Esping- Andersen, 1990). Den svenska välfärdsstaten utveckling hade sitt avstamp under tidigt 1900-tal och utvecklades fram till 90-talet i socialdemokratisk universell anda (Esping-Andersen, 1990). Därefter har en förändring observerats där fokus verkar ha flyttats från äldre universella värden till en mer individbaserad välfärd (Hartman, 2011). Välfärdsinstitutioner är inte längre i samma mån som tidigare del av staten utan är nu mer en del av marknaden i och med privatiseringar som följd av politiskt styre i borgerlig regi (Hartman, 2011). Under perioden 2007-2010 infördes vårdvalet, en reform där offentliga och privata aktörer inom primärvården får etablera sig på lika villkor, finansierade av skattepengar (Bendz, 2012). Innebörden av vårdvalet för medborgare är att de ges möjlighet att fritt välja primärvårdsenhet för att nå ökad konkurrens och kvalitet i vården (Hartman, 2011).

Den svenska välfärdsstaten har klassiskt sett karaktäriserats av social jämlikhet och jämlik hälsa. Frågan ifall dessa ideal kan fasthållas i och med de förändringar som under senaste åren skett genom införandet av privatiseringar ställs av både medborgare och forskare. Är det så att vårdvalets införande har bidragit till mer ojämlikhet i hälsa och har klassklyftorna inom vården växt? Det är frågor som än så länge är obesvarade men mycket aktuella i och med valåret 2014 där driften av

---

<sup>3</sup> Klass: hur olika grupper i samhället med olika socioekonomiska förutsättningar, bestäms traditionellt sett utifrån vilken yrkeskategori en individ tillhör, exempelvis arbetaryrken och tjänstemannayrken (Oskarson, 2007). Klass kan mätas objektivt genom utbildningsnivå, inkomst och bakgrund samt subjektivt utifrån självupplevd klasstillhörighet.

velfärden är en av valrörelsens huvudfrågor (SVD, 2013). Den förändringstrend som välfärdssamhället har genomgått de senaste 20 åren kan vara på väg att brytas. Under SOM-seminariet våren 2014 presenterades undersökningsresultat som visade på missnöje inom välfärdssektorn. Vad som också kunde visas på var ett rekordstarkt stöd för välfärdsstaten till följd av missnöjet inom välfärdssektorn (Nilsson, 2014). Ansatsen i denna studie ämnar undersöka ifall personer utifrån sin socioekonomiska bakgrund har en sämre eller bättre hälsa i och med införandet av vårdvalet för att bland annat undersöka ifall det finns belägga för oron om växande samhällsklyftor till följd av ett reformerat välfärdssystem.

Denna uppsats syftar till att göra ett bidrag till forskningen kring vårdvalet och jämlikhet i hälsa utifrån ett klassperspektiv. De senaste 20 åren har privatiseringsreformer inom välfärden ökat men forskningen på området har inte hunnit med och det saknas studier om välfärdsförändringarnas konsekvenser (Hartman, 2011). Därför ämnar jag i denna studie att förbättra de generella kunskaperna om privatiseringsreformers i vårdens konsekvenser på hälsa. Välfärdsforskare har länge förknippat välfärdsstaten med klass och det kommer även jag att göra i denna studie där fokus ligger på vårdvalet och dess eventuella effekter på klasskillnader.

Generell välfärdspolitik avser att utjämna klasskillnader och gör det traditionellt genom långsiktiga perspektiv. Reformen som vårdvalet är en del av vad som kan klassas som en mer kortsiktig välfärdspolitik då vårdvalet ämnade att öka tillgängligheten och att snabbt effektivisera vården. Jag vill bidra med kunskap till forskningen kring klassmässiga ojämlikheter i hälsa och ifall dessa har förändrats i och med vårdvalets införande. Vårdvalets införande kan ha olika innebörd beroende på tolkning som antingen en välfärdsreform eller en valfrihetsreform. Genom den litteratur jag använt mig av förstår jag vårdvalet som en reform för ökad jämlikhet i hälsa eftersom reformen syftar till att ge alla medborgare lika förutsättningar att välja vård samt att öka tillgängligheten. När jag undersöker klassmässiga ojämlikheter i hälsa söker jag samtidigt kunna fastställa ifall vårdvalets införande haft en positiv utjämnade effekt för mer jämlikhet i hälsa, vilket jag tolkar vara dess primära syfte.

När jag i denna studie undersöker klass och hälsa har jag valt att dela in välfärdspolitikerna i två delar, långsiktig- och kortsiktig välfärdspolitik. Den långsiktiga välfärdspolitikerna åsyftar den politik som berör klassfrågor och som kan anses vara grunden till det svenska välfärdssamhället. Relevansen i att undersöka långsiktiga faktorer grundas i att föräldrars sociala klass under uppväxten, i fortsättningen benämnt ursprungsklass, har visat sig vara väsentlig för vuxna personers hälsa. Kortsiktig välfärdspolitik avser reformer välfärden och föränderliga faktorer. Vårdsystem kan ändras relativt lätt medan ursprungsklass är konstant, däremot kan nuvarande klass anses vara relativt föränderligt tack vare hög social rörlighet dock kan man utgå från att klassfrågor som helhet utgår från långsiktig välfärdspolitik. Jag anser det lämpligt att dela upp välfärdspolitikerna i två kategorier då de representerar olika delar av välfärdsstaten, den långsiktiga politikens absoluta mål är jämlikhet medan den kortsiktiga politikerna kan ha snävare mål. Jag vill bidra till forskningen genom att undersöka ifall lång- eller kortsiktig välfärdspolitik är avgörande för klasskillnader i hälsa.

Klasstillhörighet är grundläggande för välfärds- och hälsoforskare, ändå saknas till stor del forskning som berör de båda ämnena vad gäller klasstillhörighets påverkan på hälsa under perioder präglade av välfärdsreformer på hälsoområdet. Jag kommer att studera sambandet mellan klass, ursprungsklass och vårdvalet för att undersöka ifall vårdvalet förstärker de klasseffekter i hälsa som tidigare påvisats. Det behövs kunskap på dessa områden både för vidare forskning och samhällsutveckling då det idag finns ett vetenskapligt glapp rörande dessa frågor.

Vårdvalets införande syftar till att ge individer mer ansvar för sin egen hälsa och skapa lika möjligheter för alla medborgare att välja var de får sin primärvård. Däremot vet vi att olika klasser väljer primärvård i olika grad men än så länge saknas det kunskap om ifall det har påverkat medborgares hälsa (Bendz, 2012). Forskning har visat på att människor av högre klass i större utsträckning gör aktiva val av vårdenhet än de av lägre klass vilket leder till att vi ser en klasskillnad i vårdvalet, frågan är däremot ifall dessa klasskillnader även går att finna i utfallet av hälsa. I denna studie kommer jag göra en första insats att ta reda på ifall vårdvalet lett till större klasskillnader i hälsa och ifall det aktiva valet som de av högre klass gör innebär att de även har bättre hälsa än de av lägre klass.

Det har konstaterats att tillgängligheten till vårdcentraler nationellt sett ökat men rapporter visar på att det finns en markant skillnad mellan tillgänglighet i stad och landsbygd (Anell, 2011). Då jag tolkar vårdvalets syfte att öka jämlikhet inom hälsa är det intressant att undersöka klasstillhörighet och vårdvalets effekt på jämlik hälsa ur ett geografiskt perspektiv. Jag kommer för att fördjupa min studie undersöka ifall hälsan påverkas positivt för stadsbor, för vilka tillgången till antalet vårdcentraler ökat.

Sist i studien antas ett könsperspektiv eftersom tidigare studier, som presenteras mer ingående senare, inom både samhällsvetenskap och hälsa tyder på att kvinnor och män har olika förutsättningar för god hälsa.

Sammanfattningsvis kan sägas att denna studie syftar till att bidra till forskningen kring vilka bestämningsfaktorerna för jämlik hälsa är. Är det den långsiktiga välfärdspolitiken eller de kortsiktiga välfärdsreformerna som är avgörande för god hälsa? Kan reformer som vårdvalet vara bidragande till jämlikhet i hälsa eller förstärks effekterna av klasskillnader när individer ges mer ansvar för sin egen hälsa? Slutligen bör belysas att denna studie är ett försök att lyfta viktiga frågor rörande välfärdsstaten och jämlikhet i hälsa eftersom jag är åsikten att dessa inte fått tillräckligt med utrymme inom samhällsvetenskapen.

### ***Disposition***

Nedan följer en redogörelse för tidigare forskning kring ojämlikhet i hälsa och den lång- och kortsiktiga välfärdspolitiken. Utifrån teorier kring dessa sammanfattar jag mina utgångspunkter för studien samt presenterar åtta hypoteser. Hypoteserna grundas i tidigare forskning och syftar till att undersöka långsiktiga och kortsiktiga välfärdsfaktors inverkan på vuxna personers uppleva hälsotillstånd. Därefter följer en förklaring av studiens modell med utgångspunkt i ovan nämnda hypoteser som sedan testas genom statistisk analys. Resultatet redogörs för och sammanfattas därefter för att slutligen leda fram till en presentation av slutsatser och funderingar kring framtida forskning.



## Tidigare forskning

---

### *Jämlikhet i hälsa*

Under 2013 släpptes två styrdokument från två av Sveriges största vårdgivande administrativa enheter, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Dokumentens syfte är att adressera hälsorelaterade ojämlikheter och sätta upp riktlinjer för hur dessa bör hanteras inom respektive region (Malmökommissionen, 2013; Västra Götalandsregionen, 2013). Det varnas om ökad ojämlikhet inom hälsa, dock gäller inte dessa varningar endast för hälsorelaterade aspekter, forskning pekar även på att ojämlikheten ökar i hela samhället (Hartman, 2011; Wilkinson & Pickett, 2010).

Wilkinson och Pickett uppmärksammande år 2010 i sin bok Jämlikhetsanden hur ojämlikhet<sup>4</sup> är en kritisk faktor för hållbara samhällen. De gör en ansats till att använda ojämlikhet som förklaringsfaktor för ett flertal samhällsproblem, bland annat skillnader i hälsa, utbildning, brott och straff samt stigmatiserade sociala relationer. Skillnader inom dessa samhällsfenomen förklaras av Wilkinsson och Pickett som resultat av inkomstskillnader som sin tur ligger till grund för hur man som individ uppfattar sig själv i ett samhälle. En persons status i förhållande till andra anses vara avgörande för hur en person agerar och reflekterar. I samhällen med stora inkomstklyftor finns fler statusmarkörer och fler steg på den sociala stegen än i samhällen med små inkomstklyftor vilket enligt Wilkinson och Pickett (2010) leder till mer ojämlikhet inom hela samhället.

För att illustrera hur ojämlikhet är den avgörande faktorn för ett hållbart samhälle genomför Wilkinsson och Pickett ett antal regressionsanalyser där de jämför rika länders samhällssituationer utifrån nationell inkomstskillnad. Resultaten som påvisades i regressionerna tyder på ett samband mellan jämlikhet och låga inkomstskillnader då länder med små inkomstskillnader respektive stora inkomstskillnader kontinuerligt genom analyserna uppvisar goda respektive dåliga resultat. Däremot har kritik riktats mot att Wilkinsons och Picketts analys ej är

---

<sup>4</sup> *Wilkinsons och Picketts definition av jämlikhet är strikt ekonomisk och syftar till inkomstklyftor vilket är en snäv definition. Ojämlikhet som adresseras i andra källor avser i större grad även en social ojämlikhet (Hartman, 2011).*

tillräckligt väl genomförd utan grundar sig i korrelationer och saknar orsakssamband. Resultaten de presenterar visar tydliga korrelationer mellan sociala problem och ojämlikhet men vid kritisk granskning kan analysen anses sakna belägg för att ojämlikhet är enda orsak till sambandet. Möjligtvis finns det fler variabler som kan användas för att förklara de samband Wilkinson och Pickett finner men då de inte kontrollerar för dessa går det inte med säkerhet att säga att ojämlikhet är ensam orsak.

Övrig stark kritik har bland annat kommit från Gravelle, Wildman och Sutton (2002) som menar på att den länderjämförande metod Wilkinsson och Pickett använder sig av är olämplig för att mäta hälsa och inkomst.

*"Aggregate cross-section studies should not be used to test the relative income hypothesis and should be interpreted with caution when used to investigate the absolute income hypothesis". (Gravelle, et al., 2002)*

Personers hälsa relaterad till inkomst kan enligt Gravelle, Wildman och Sutton (2002) inte mätas linjärt och mellan länder utan bör mätas på individnivå, något som forskningen hittills i stor utsträckning lämnat därhän. I de fall där forskare studerat hälsa och inkomst på individnivå har det förekommit mer olikartade resultat då möjligheten att genomföra kontroller för fler sociala och ekonomiska faktorer bidragit till en mer nyanserad bild som i stor utsträckning inte överensstämmer med större internationella jämförelser (Gravelle, Wildman & Sutton 2002).

Även om Wilkinsons och Picketts forskning kan granskas med kritiska ögon lyfter de intressanta frågor som bör forskas vidare om. Förklarandet av ojämlikhet som ett resultat av social status väcker intresse och kan kopplas till andra forskningsfält. Social status definierar enligt Wilkinson och Pickett människor och deras plats och agerande i samhället. De menar att i samhällen med högre social rörlighet, det vill säga samhällen där en person har möjlighet att förändra sin sociala status, är mer jämlika samhällen.

*"Större ojämlikhet tycks få samhällets sociala struktur att stelna och gör det svårare att röra sig uppför och nedför den sociala stegen" (Wilkinson & Pickett, 2010)*

Wilkinson och Pickett menar på att social rörlighet kan ses som ett mått på lika möjligheter i samhället och kan påverkas av många olika faktorer. De driver i sin forskning tesen om att en persons sociala status påverkas av vilken social status deras föräldrar erhåller. De menar på att föräldrapåverkan är ett kritiskt moment för goda förutsättningar för hälsa men i samhällen med en hög grad av social rörlighet förväntas föräldrapåverkan vara mindre då jämlika samhällen ofta är bättre på att skapa jämlika förutsättningar för sina medborgare (Wilkinson & Pickett, 2010).

Marmot (2006) har forskat kring samma fenomen, som han kallar *statussyndromet*. Han menar på att hälsan följer en social gradient och där han även visar på hur föräldrars sociala situation påverkar deras barn. Föräldrapåverkan lyfts främst fram inom områden som är utbildnings- och hälsorelaterade. Föräldrars livssituation anses vara avgörande för barns förutsättningar och familjesituationen har en effekt på barns förmågor som de tar med sig in sitt vuxna liv (Marmot, 2006).

Studier av svenska förhållanden kan användas för att visa på liknade samband, där ursprungsklass får effekt på vuxnas hälsa. ISF presenterade 2012 rapporten *"Långtidssjukfrånvaro hos föräldrar och deras barn"* där sambandet mellan föräldrars och deras vuxna barns sjukfrånvaro studerats. Rapporten grundas i en undersökning där sjukfrånvaron hos föräldrar och deras vuxna barn studeras när de vuxna barnen uppnått ungefär samma ålder som deras föräldrar hade när de deltog i undersökningen. Sjukfrånvaro varierar med åldern och för att utesluta så många yttre faktorer som möjligt var det viktigt att föräldrar och barn båda var i liknade ålder vid undersökningens genomförande. Studien genomfördes med hjälp av regressionsanalyser där kontroller för faktorerna kön och ålder genomfördes. Resultat och slutsatser som presenterats visar på att barn som haft sjukfrånvarande föräldrar tenderar att själva var mer sjukfrånvarande i vuxen ålder vilket tyder på att hälsfaktorer kan ärvas från föräldrar (ISF, 2012). De samband som kunde påvisas var starkare hos kvinnor än män, och framför allt mellan mor och dotter.

Vilket talar för att det finns en könseffekt som behöver tas i beaktning vid studier av hälsorelaterade fenomen. Intressant att notera är även att det observerades att förstfödda barn var mindre sjukfrånvarande än sina yngre syskon, vilket kan förklaras genom social rangordning vilket stärker Marmots (2006) och Wilkinssons & Picketts (2010) teorier om social status som grund för ojämlikhet. Däremot är ISF av meningen, till skillnad från Wilkinson och Pickett, att den sociala rörligheten har större betydelse för enskilda individer än för samhällen i stort (ISF, 2012). En viktig fråga att då adressera är i vilken grad föräldrars sociala status påverkar deras vuxna barns liv. Samhällen har olika grad av jämlikhet och olika styrelsesätt och det är av intresse att undersöka ifall ett samhälles välfärdsstruktur kan minska det sociala arvet från föräldrar.

I Sverige kan det sociala arvet från föräldrar teoretiskt sätt förutsättas vara lågt då den sociala rörligheten är förhållandevis hög. Bakomliggande faktorer till den höga sociala rörligheten har en historisk grund. Den svenska välfärdsstaten utvecklades för en stor arbetarklass som succesivt omvandlades till medelklass. I och med att medelklassen växte sig allt större utökades välfärdstjänsterna från att endast tillfalla arbetarklassen till att även inkludera den växande medelklassen. Motiven var att förhindra missnöje och undvika ökad stratifiering. Genom att erbjuda den nya medelklassen tillgång till välfärden skapades den universella svenska välfärdsstaten (Lindbom, 2011). Den universella välfärdsstaten anses av vissa vara en del av historien medan andra, exempelvis Lindbom (2011) anser att inga stora förändringar har skett vad gäller välfärdsstatens universalitet. Men som visat ovan finns en oro för ökad ojämlikhet i hälsa i Sverige, till viss del som följd av en mindre inkluderande och universell stat. Stämmer det att ojämlikheten ökar och är ökningen i sådana fall relaterad till välfärdssamhället, där vårdförsörjningen är under förändring?

### **Välfärdsstaten**

*"För att öka social och ekonomisk rörlighet mellan generationer är offentliga institutioner som skola och hälso-och sjukvård viktiga" (ISF, 2012).*

Välfärdsstatens mål är att producera jämlikhet om än genom olika tillvägagångssätt. Olika regimer har olika utgångspunkter och välfärdsstater är under ständig

förändring, känsliga för politiska och ekonomiska svängningar. Långsiktig välfärds politik och välfärdsforskning utgår traditionellt sett från välfärdsforskningen från Gøsta Esping-Andersens definition av välfärdsstaten i tre idealtypsregimer. Den liberala, den konservativa och den socialdemokratiska. Enligt Esping-Andersen (1990) kan välfärdsstater delas in i kluster efter idealtypsregimerna utifrån de två analytiska begreppen dekommodifiering och stratifiering. Dekommodifiering är ett mått på hur frikopplad arbetskraften är från marknaden, det vill säga att det finns en alternativ försörjningskälla bortom marknaden i exempelvis formen av arbetslöshetsersättning. Stratifiering behandlar hur grupperingar uppstår i samhället, således i vilken grad en välfärdsstat har stratifierande effekter i samhället (Lindbom, 2011). Effekterna kan exempelvis uppstå genom reformer som påverkar hur medborgare väljer att gruppera sig. Social rörlighet kan vara en indikator på att en välfärdsstat har en låg grad av stratifiering.

Den svenska välfärdsstaten har i mångt och mycket använts som modell för den socialdemokratiska idealtypsregimen. Kriterier för den socialdemokratiska idealtypen är att välfärden är universell vilket innebär att den inte endast vänder sig till samhällets mer utsatta utan inkluderar hela befolkningen och bygger på idéer om sociala rättigheter (Esping-Andersen, 1990). Dekommodifieringen är hög medan stratifieringen är låg som en följd av de universella värden som ligger i fokus (Lindbom, 2011). Den svenska välfärdsstatens grund är kopplad till klasskillnader och har sitt ursprung i arbetarrörelses framväxt under början av 1900-talet. Utvecklingen av en universell välfärd skapades genom arbetarreformer som var möjliga genom att Sveriges privata välfärdsmarknad var relativt outvecklad. Arbetarreformerna möjliggjorde en universell välfärd med jämlikhet i sikte som inte endast inkluderade de fattiga utan samhällets alla skikt enligt den socialdemokratiska modellen (Lindbom, 2011).

Frågan som sedan 1990-talet blivit aktuell är ifall den svenska välfärdsstaten inte längre kan karaktäriseras som en universell välfärdsregim. Bakgrunden till denna forskningsfråga ligger i att Sverige sedan 90-talet genomgått ett flertal regeringsskiften samt att rapporter och forskning hävdar att de privatiseringsåtgärder som genomförts under 1990 och 2000-talet kan ha haft en stratifierande effekt på samhället (Hartman, 2011). De senaste 20 åren har en

borgerlig regerings värderingar ställts emot de klassiskt socialdemokratiska universella välfärdsideal som under nästintill 50 år varit i regeringsposition (Regeringskansliet, 2014). Under 90-talet bröts denna långa period av socialdemokratisk regering och den borgerliga regering som tillsattes genomförde privatiseringsreformer bland annat gällande sjukvård i form husläkarlagen, innebärandes att varje landsting hade skyldighet att erbjuda privata husläkarmottagningar ersättning på samma villkor som offentliga mottagningar (Hartman, 2011). Andelen entreprenader inom sjukvården ökade stadigt under 90-talet med målet att privata aktörer skulle bidra till lägre kostnader och bättre produktivitet (Hartman, 2011). Socialdemokraterna kom åter till makten i slutet av 90-talet och avskaffade vissa av genomförda privatiseringsåtgärder men kvarhöll i stort entreprenadssystemet. En ny borgerlig regering tillträdde återigen år 2006 och har sedan dess genomfört ett flertal välfärdsreformer med målet att privatisera för att nå högre effektivitet och lägre offentliga kostnader (Anell, 2011).

### ***Välfärdsstaten: förändringar och vårdvalet***

Lindbom (2011) refererar välfärdsförändringarna till "teorin om den nya välfärdspolitiken" som utgår från Piersons teorier om välfärdspolitikens svårföränderlighet och dess spårberoende på grund av historiska beslut.

Dessa teorier skulle i praktiken tyda på en omöjlighet att förändra och reformera inom välfärdspolitiken då medborgare/medborgare/väljare i sina tankebanor har lättare att värdera det man har, alltså det som den samtida välfärdspolitiken ger, högre än det man skulle kunna få vid en reform av välfärdsystemet. De orsaker som går att ange som skäl till den svenska förändringen av välfärdsystemet, främst inom hälsoområdet, ligger enligt Pierson inledningsvis i 90-talets ekonomiska kris då medborgare var mer villiga att acceptera ekonomiska reformer och hade en högre grad av förståelse för besparingsåtgärder (Lindbom, 2011). Välfärdsreformerna under 90-talet lades fram som kostnadseffektiva alternativ och välkomnades i tid av ekonomisk kris.

Däremot är det under 2000-talet som den största förändringen av välfärdsstaten anses ha ägt rum. Den borgerliga regering som tog makten 2006 har sedan dess genomfört en mängd privatiseringsreformer inom området hälsa och sjukvård. En av de mest betydelsefulla reformerna kallas Vårdvalet och grundar sig i lagen om

valfrihetssystem, LOV, och syftar till att utsätta primärvården för konkurrens genom att låta privata aktörer tillhandahålla vård på samma premisser som offentliga enheter (Anell, 2011).

Studiens kortsiktiga välfärdspolitik kan karaktäriseras av konkurrens inom välfärden som kan beskrivas genom två modeller, entreprenadmodell och kundvalsmodell. Under 90-talet och framåt var entreprenadmodellen vanlig då offentliga vårdgivare köpte in entreprenader från privata aktörer men under 2000-talet har välfärden präglats mer utav kundvalsmodellen, där medborgare ges valmöjligheten att själva välja varifrån de erhåller välfärdstjänster. Vårdvalet är ett typiskt exempel på kundvalsmodellen då det innebär att konsumenterna, medborgarna, fritt får välja vilken vårdcentral de önskar vara sin primära samt byta om de är missnöjda (Hartman, 2011). Ansvaret för varje individs vård har i och med dessa välfärdsreformer delvis kopplats bort från staten vilket kräver att enskilda individer tar ett större ansvar för sin egen vård, då primärvård enligt kundvalsmodellen kräver att konsumenten gör aktiva val baserat på information om och från vårdcentraler (Bendz, 2012). Idéerna bakom vårdvalsreformen var att genom konkurrensutsättning av primärvården skulle utbudet av vårdcentraler öka, vilket för medborgare innebär större tillgänglighet samt möjlighet att alla skulle kunna välja vårdenheter på lika villkor samtidigt som konkurrensutsättningen skulle innebära bättre kvalitet och produktivitet inom primärvården. Syftet med vårdvalet var således att skapa jämlika förutsättningar för medborgare att söka primärvård och därför också en väg mot mer jämlik hälsa.

Det går det att konstatera att målet för välfärdsreformer är att uppnå så hög jämlikhet som är möjligt för samhället. De senaste 20 åren har välfärdsreformer präglats av privatiseringsåtgärder där jämlikhet anses bäst uppnås på den fria marknaden. Trenden ser i stort sett likadan ut i hela den rika världen men trots detta finns det forskare som hävdar att välfärdssystem är svårföränderliga.

Enligt Piersons teori om den nya välfärdspolitikens borde den typen av förändringar som skett inom den svenska välfärdsstaten mötts av motvilja ifrån samhällets medborgare. Traditionellt sett är det svårt att förändra välfärdens form eftersom människor värnar i större grad för vad de har och inte vad det eventuellt kan få när

det gäller deras grundläggande behov (Lindbom, 2011). Både 1990-talet och slutet av 2000-talet har präglats av ekonomiska kriser och det är också under dessa tider som de flesta större privatiseringsåtgärder inom välfärden skett (Lindbom, 2011). De ekonomiska kriserna öppnade upp för besparingsreformer inom välfärden vilket innebar mer privatisering och ett behov av förändring. Pierson hävdar att den typ av förändring den svenska välfärdsstaten har genomgått kan vara en indikator om välfärdsstatens nedmontering men detta dementeras av Lindbom som menar att Sveriges välfärd aldrig helt har varit universell utan endast har varit relativt universell vilket den är än idag. Välfärdsstaten har inte genomgått förändringar som drastiskt har påverkat förmåner och behovsprövning vilket enligt Lindbom bevisar att ingen regimförändring har skett (Lindbom, 2011). Den svenska välfärdsstaten kan följaktligen fortfarande anses vara en socialdemokratisk idealtyp av Esping-Andersens (1990) idealtypsregimer då förändringarna som skett. Enligt Lindbom (2011) har dekommodifieringsnivån förändrats och inte heller stratifieringsnivån. Dock är forskningen kring jämlikhet inte fullständigt överens med Lindbom på denna punkt då det hävdas att privatiseringsåtgärder inom vården kan öka klassklyftorna och därmed stratifieringsnivån (Hartman, 2011).

### ***Sammanfattning: Jämlikhet och vårdvalet***

Avslutningsvis kan fastslås att olika typer av regimer har olika syn på välfärd och hur den ska produceras vilket ger olika resultat. Den svenska välfärdsstaten har till viss del genomgått en förändring. Det som bekymrar medborgare och forskare är ifall denna förändring är gynnsam för jämlikheten. Kunskapen om den offentliga vårdens konsekvenser för är låg och det är svårt att avgöra dess nytta (Hartman, 2011). Vårdvalet infördes med nationell räckvidd 2010 med målet att nå lägre kostnader, ökad produktivitet samt bättre tillgänglighet och service (Anell, 2011). Ifall målen har uppfyllts är ännu oklart. Det finns data som tyder på att tillgängligheten till vårdcentraler har ökat (Lindbom, 2011) men att denna tillgänglighet gäller endast för stadsbor. För boende på landet har vårdvalsreformen inte varit lika omfattande (Hartman, 2011). Forskning från olika ämnesområden visar också att alla samhällsgrupper inte gör lika aktiva val när det gäller välfärdstjänster så som exempelvis vård och skola (Wilkinson & Pickett, 2010). Bendz (2012) undersökte i samband med införandet av vårdvalet i Västra Götalandsregionen attityder kring vårdvalet som visade att de som var mest positiva



till vårdvalet var de med högst utbildning. Även Lindbom samt Wilkingson och Pickett visar på att högutbildade medborgare och medborgare med högre social status gör fler aktiva val inom vård och skola. Det tyder på att de som aktivt väljer vårdcentral är de som är privilegierade i samhället vilket även Hartman (2011) visar när hon presenterar resultat som visar att socioekonomiskt starka grupper är överrepresenterade hos privata vårdgivare. Valfrihet i vården ställer krav på medborgarna att själva informera sig och besluta om varifrån de vill erhålla sin primärvård men forskning visar att det främst är en grupp i samhället som agerar på förväntat sätt vilket riskerar att öka den sociala segregationen.

### ***Syfte***

Det primära syftet för denna studie är att undersöka ifall det allmänna hälsotillståndet bland Sveriges befolkning blivit mer ojämlikt efter vårdvalsreformens införande år 2010. Jag gör en ansats till att bidra till forskningen om vårdvalet och klasskillnader inom hälsa. Målet med studien är att bidra till forskningen om välfärdsstaten genom att undersöka ifall klasskillnader reduceras eller tilltas i och med vårdvalet.

Inom tidigare forskning har jag funnit två motstridiga teorier som kommer att prövas i denna studie. Teorierna är följande:

#### *Långsiktig välfärdspolitik*

Lindbom(2011) är av åsikten att den svenska välfärdsstaten ej har genomgått en stor förändring och att grundvärdet universalitet, tätt associerat med den Esping-Andersens idealtypsregimer, aldrig har varit helt universellt. Min studie kommer att kunna förstärka eller försvaga teorin om den svenska välfärdsstaten utifrån begreppet universalitet beroende på vilka resultat jag finner. Visar resultaten på att det finns ett samband mellan klass- och hälsonivå som förstärks efter vårdvalets införande tyder det på att välfärdsreformen vårdvalet har en stratifierande effekt på hälsoområdet. Lindbom (2011) menar på att den svenska välfärdsstaten under de senaste decennierna inte har genomgått någon påfallande förändring och kan fortfarande anses vara universell. Han menar på att nivåerna av dekommodifiering och stratifiering varit relativt konstanta under det senaste 20 åren. Enligt Lindbom

bör vi därför inte förvänta oss att finna belägg för att vårdvalet lett till ökade klasskillnader i hälsa.

### *Kortsiktig välfärdspolitik*

Bendz (2012) och Hartman (2011) är båda eniga om att det finns en klasskillnad i vem som aktivt väljer primärvårdsenhet, de med högre klasstillhörighet väljer mer aktivt än de av lägre klass. Det aktiva valets faktiska konsekvenser berör de två forskarna däremot inte. Vi vet att olika klasser gör olika val men leder det till ojämlik hälsa? För att få förståelse för klasskillnader välfärdsstaten och hälsa räcker det inte att studera vilka olika val som görs utan det behövs kompletterande studier utav de aktiva valens utfall. Min studie ämnar att bidra till detta forskningsområde genom att undersöka ifall det finns faktiska skillnader i hälsa före och efter vårdvalet. Utifrån Bendz (2012) och Hartmans (2011) teorier är högre klasser mer informerade om vårdvalet och gör fler aktiva val vilket rimligtvis borde innebära att de aktiva väljarna vänder sig till bättre vårdenheter och därför också få bättre vård. Sannolikt är därmed att de med högre klass har bättre hälsa efter vårdvalets införande. Vi kan utifrån Bendz och Hartmans teorier förvänta oss ett resultat som visar på att klasskillnaderna blivit större efter vårdvalets införande.

Jag kommer att pröva dessa två teorier och genom resultatet kunna dra slutsatsen kring ifall det är välfärdspolitikens lång- eller kortsiktiga aspekter som påverkar hälsa. Målet med studien är således att undersöka ifall hälsotillstånd bestäms av nutida reformer eller har en djupare bakgrund i klasskillnader. Visar mina resultat på att klasskillnader förstärks efter införandet av vårdvalet tyder det på att den kortsiktiga välfärdspolitikens har betydelse för hälsa. Visar resultaten däremot på att vårdvalet inte har lett till ökade klasskillnader i hälsa kan det vara en indikator om förändringar i välfärdsstaten ej har särskilt stor inverkan på samhället i stort och det är den långsiktiga välfärdspolitikens som är avgörande för hälsa.

## **Hypoteser**

---

Utgångspunkterna för min studie är ojämlik hälsa på grund av klass samt reformen av välfärdsstaten och dess tjänster under de senaste 25 åren. Forskare och myndigheter varnar om att ojämlikheterna i hälsa ökar och vissa hävdar att det är

ett resultat av att klassklyftor växer till följd av en mindre socialdemokratisk välfärdsregim. Människor av olika klasstillhörighet kan förväntas ha olika god hälsa något som oroar både forskare och allmänheten. Det talas om att klasstillhörighet skapar förutsättningar för hälsa redan från barnsben och forskning tyder även på att män och kvinnor har olika förutsättningar för en god hälsa. Det finns anledning att tro att kvinnor i större utsträckning än män ärver sitt hälsotillstånd från sina föräldrar.

Utöver klasstillhörighet som en bestämningsfaktor för hälsa har en geografisk aspekt lyfts av forskningen. Om en person är landsbygdsbo eller stadsbo kan likaså ha betydelse för god hälsa. Landsbygds och stadsfrågans betydelse har ökat i och med införandet av vårdvalet 2010. Vårdvalsreformen ämnad att öka tillgängligheten till primärvård har inneburit ett större utbud av vårdcentraler i städer men inte förändrat tillgången på landsbygden avsevärt. Det finns anledning att undersöka ifall geografiska skillnader i hälsa har ökat efter vårdvalets införande.

Vem som aktivt väljer primärvårdsenhet inom vårdvalet har visat sig skilja sig åt, de av högre klass gör i större utsträckning aktiva val än de av lägre klass vilket rimligtvis borde innebära att de av högre klasstillhörighet väljer den vårdcentral som passar deras behov och därmed har bättre hälsa. Därför borde införandet av vårdvalet teoretisk sett ha ökat både de geografiska och de sociala klasskillnaderna vilket bör innebära att de med lägre klasstillhörighet och de som är bosatta på landsbygden upplever sig ha sämre hälsa än de med högre klasstillhörighet och de som är bosatta i städer.

Utifrån denna information kan jag formulera åtta hypoteser som ligger till grund för att kunna testa ifall ojämlikhet grundas i klass och ifall välfärdsreformen vårdvalet lett till ökade skillnader mellan människor av olika klass, bakgrund, kön och geografisk tillhörighet. Hypoteserna är indelade i två kategorier, långsiktiga och kortsiktiga faktorer för att ge en ökad förståelse för när hälsa påverkas. Långsiktiga faktorer är knutna till generell välfärdspolitik där klasstillhörighet är centralt och utgör grunden för den socialdemokratiska idealtypsmodellen utvecklad av Esping-Andersen (1990). Kön tillhör de långsiktiga faktorerna men är inte direkt sammankopplat med klassisk välfärdspolitik utan anses vara långsiktig då kön är

konstant och ej går att förändra. Kortsiktiga faktorer avser vårdvalsreformen och geografiska faktorer. Vårdvalet då det är en nyligen införd reform som i hög grad är föränderlig. Även geografiska aspekter är förändringsbara eftersom människor relativt enkelt kan byta bostadsplats. I följande avsnitt under rubriken oberoende variabler ges ytterligare förklaringar indelningen av lång- och kortsiktiga faktorer.

Nedan följer åtta hypoteser formulerade utifrån ovan inledning. Jag har valt att undersöka skillnader i hälsa genom att studera upplevt hälsotillstånd som är ett mått på subjektiv hälsa. Jag anser att subjektiv hälsa ger en tydlig bild över en persons hälsotillstånd då det är svårt att mäta hälsa objektivt. Inom subjektivt upplevt hälsotillstånd inkluderas alla aspekter av hälsa både fysiskt och psykiskt vilket jag anser är en fördel då människor agerar utifrån hur de känner sig och inte utifrån vilka hälsodiagnoser de erhållit. I metodavsnittet som följer vidareutvecklar jag valet av subjektivt upplevt hälsotillstånd för att mäta hälsa.

Formulerade hypoteser är följande:

#### *Långsiktiga faktorer*

H1: ju högre ursprungsklass desto bättre upplevt hälsotillstånd

H2: ju högre socialgruppstillhörighet desto bättre upplevt hälsotillstånd

H3: kvinnor har sämre upplevt hälsotillstånd

H4: ursprungsklass påverkar upplevt hälsotillstånd även under kontroll för kön (se Modell 1)

#### *Kortsiktiga faktorer*

H5: landsbygdsbor har sämre upplevt hälsotillstånd

H6: vårdvalet förstärker effekter av klass på upplevt hälsotillstånd (se modell 2 & 5)

H7: vårdvalet förstärker effekter av kön på upplevt hälsotillstånd (se modell 3 & 6)

H8: Vårdvalet förstärker hälsoeffekter mellan stad och landsbygd. (se modell 4 & 7)

## **Data och metod**

---

### ***Datamaterial***

Det datamaterial jag använder mig av kommer från SOM-institutets rikstäckande undersökningar mellan 1986-2011. Jag har valt att genomföra en jämförande studie och har därför i min analys valt att begränsa mitt urval av data till årtalen 2005 och 2011 då dessa utgörs av undersökningar genomförda före och efter vårdvalet. År 2005 valdes ut med anledning av regeringsskiftet 2006 där den socialdemokratiska regeringen ersattes av en borgerlig som med start år 2007 införlivade vårdvalet (Oscarsson & Holmberg, 2009). År 2005 lämpar sig bättre för att undersöka situationen före vårdvalet än året 2006 eftersom 2006 var ett valår. Valåret 2006 och kan därför sägas vara mindre representativt för den vardagliga politiken på grund av valförberedelser. Dessutom var vårdvalet var på sätt och vis redan satt på agendan under valåret 2006 eftersom den borgerliga oppositionen kom med vallöften om privatiseringsåtgärder i välfärden (DN, 2006). Det är därför mer passande att i denna studie använda data från år 2005 då jag söker information om tiden innan vårdvalet och då idén om reformen presenterades redan 2006 anser jag inte året vara oberoende av vårdvalet.

Utvalt år för att representera efter vårdvalet är år 2011 som är sista år efter vårdvalets införande för vilket det finns tillgängligt datamaterial att tillgå och är därmed det hittills mest representativa året för efter vårdvalet.

Vårdvalet infördes nationellt år 2010 (Bendz, 2012) och det kan därför hävdas att 2011 ligger för nära det nationella införandet i tid för att kunna påvisa en skillnad. Dock infördes vårdvalet i ett antal regioner, främst de större städerna, mellan 2007 och 2009 vilket innebär för resultatet att det finns en eventualitet för olika utfall på landsbygden och i städerna då vårdvalet i stadsregionerna varit i kraft under en längre tid. Eftersom jag ämnar undersöka relationen mellan vårdvalets inverkan på landsbygden och i staden kan den gradvisa implementeringen av vårdvalet från stad till land vara till fördel för min analys då eventuella effekter och samband tydligare kan synliggöras i och med de geografiska skillnaderna.

SOM- institutet samlar in data från hela Sverige genom systematiska sannolikhetsurval där målgruppsurvalen baseras på ett befolkningsgenomsnitt som

dras ur offentliga register. Respondenterna är mellan 16 och 85 års ålder och undersökningarna har en relativt hög svarsfrekvens som ligger på omkring 60 procent vid varje undersökning vilket innebär att SOM-institutets undersökningar i stort kan sägas ge en representativ bild av svenska folket och dess åsikter (SOM-institutet, 2014). Däremot finns ett grundläggande problem i användningen av redan insamlad data då frågorna ställda i undersökningarna inte går att anpassa efter vad som hade passat denna studie bäst. Emellertid anser jag att fördelarna med att använda data som samlats in via SOM-institutet är lämplig att använda i detta fall, då jag söker jämföra två årtal före och efter en viss händelse och själv kunnat samla in data gällande före vårdvalets införande. Idealt inom ramen för min uppsats hade varit att ha tillgång till fler än vad som finns tillgängliga frågor om uppväxt och klass då det hade underlättat vid studiet av föräldrapåverkan. I och med avsaknaden av dessa har det ej varit möjligt att på objektivet sätt fastställa respondenters och deras föräldrars sociala klass. Istället definieras nuvarande klass och föräldraklass subjektivt utifrån respondenters svar vilket kan anses vara godtyckligt, men jag väljer att utgå från att respondenter svarar sanningsenligt och att eventuella felsvar hamnar inom den felmarginal som tas i beaktan vid analysen.

### ***Beroende variabel***

Min beroende variabel utgörs av individers upplevda hälsotillstånd och härrör ur SOM-institutets fråga "*Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?*". Att mäta upplevd hälsa kan vara problematiskt då det kanske ej stämmer överens med en persons faktiska hälsotillstånd men generellt sett bör man utgå från att respondenter talar sanning (Esaiasson et. al., 2012). Genom att mäta subjektivt hälsotillstånd inkluderas alla aspekter av hälsa, både fysiska och psykiska. En människas hälsa är avgörande för hur man agerar och väljer att leva sitt liv och att då mäta subjektivt upplevt hälsotillstånd kan ge än bättre bild av det allmänna hälsotillståndet i samhället (Wilkinson & Pickett, 2010). Subjektivt hälsotillstånd kan också vara att fördra då det inkluderar hela spektrumet av hälsa, från att må mycket dåligt till mycket bra medan objektivet hälsotillstånd är mindre nyanserat och utgår till större del från ohälsa som medborgare sökt vård för. Jag anser det därför vara mer lämpligt att utgå från subjektivt upplevt hälsotillstånd då det är ett mer inkluderande och alltäckande mått på hälsa än objektivet mätt hälsotillstånd.

### ***Oberoende variabler***

Vad som ligger till grund för ojämlik hälsa arbetar forskare sedan länge med att undersöka och förklara. För att bidra till forskningen om jämlikhet i hälsa testas i denna studie långsiktiga, kortsiktiga och geografiska faktorer för samband med och effekt på upplevd hälsa. Långsiktiga faktorer berör klasstillhörighet hos enskilda individer, deras föräldrars klasstillhörighet samt kön. Vad gäller kortsiktiga faktorer avses vårdvalsreformen. Ett flertal studier har visat att det finns regionala skillnader i innebörden av vårdvalet och därför studeras även geografiska faktorer i denna studie. De geografiska faktorerna syftar till att undersöka om individer på landsbygden och i staden har olika upplevt hälsotillstånd.

Långsiktiga faktorer grundade i klass kan förväntas ha ett samband med upplevt hälsotillstånd. Wilkinson och Pickett (2010) driver tesen att en person agerar och skapar sin självbild utifrån klass och social status. De menar på att de med lägre social klass har sämre förutsättningar för en god hälsa än de med högre social klass. Stämmer tesen skulle individer som anser sig tillhöra en lägre klass eller som vuxit upp i ett hem där föräldrarna ansetts tillhöra en lägre klass ha en sämre upplevd hälsa än de som anser sig ha högre social status. Därför förväntas sambandet mellan lägre social klass och hälsa vara negativt samt att högre social klass och upplevd hälsa bör uppvisa ett positivt samband.

Tidigare forskning visar även på att kön är en viktig faktor att ta hänsyn till vid studier av hälsa. Hälsorelaterade problem skiljer sig åt mellan kvinnor och män både vad gäller typ av sjukdomar, typ av skador och medellivslängd (Wilkinsson & Pickett, 2010). Det finns även belägg för att män och kvinnor utvecklas olika i förhållande till sina föräldrar. Exempelvis rapporterar ISF om att döttrar i större omfattning än söner har ett sjukfrånvaromönster som i högre grad liknar deras föräldrars (ISF, 2012).

Variabeln kön analyseras både som oberoende variabel och som kontrollvariabel mellan klass, föräldraklass och upplevd hälsa för att utröna ifall sambandet mellan de långsiktiga klassrelaterade faktorerna och hälsotillstånd skiljer sig åt beroende på kön.

Vårdvalet undersöks i ett första led som oberoende variabel för att utreda ifall respondenternas upplevda hälsotillstånd är annorlunda före och efter vårdvalets införande. Under förutsättning att antagandet om att den allmänna hälsan i Sverige blir allt mer ojämlik samt tidigare forsknings varningar om att en privatiserad välfärdsstat är en riskfaktor för ökad stratifiering stämmer, går det att utgå från Wilkinsson & Pickett (2010). Med utgångspunkt i deras tes om att individens självbild är skapad genom social status bör en analys av vårdvalets inverkan på upplevd hälsa visa på ett negativt samband. Vårdvalets införande bör ha förstärkt statusen för de med högre social klass och försvagat statusen för de med lägre social klass vilket bör resultera i en skillnad mellan upplevd hälsa före och efter vårdvalet under kontroll för social klass.

#### *Oberoende variabel: klass*

Egen klass, utbildning och inkomst kan alla anses vara mått på klass, egen klass är ett subjektivt mått medan utbildning och inkomst är av mer objektiv karaktär. För att kontrollera att de ej är likvärdiga testades de för korrelation då de i uppvisade likande effekt på upplevt hälsotillstånd i den statistiska analysen nedan. Korrelationstestet, se tabell 1, visade däremot på att variablerna ej korrelerade med varandra och därför bör analyseras var för sig. Marie Oskarsson har skrivit om att koda klass vid ett flertal tillfällen, och arbetar bland annat med klasskodning för SOM-institutet. I *Att koda klass* utgiven av SOM-institutet beskrivs olika metoder för att koda klass varav de flesta har sin bas i individers position på arbetsmarknaden. Beroende på hur klass mäts kan många olika resultat uppnås för en och samma individ (Oskarsson, 2007). Därför har jag i min analys valt att utgå ifrån den i SOM-undersökningarna redan klasskodade subjektiva definitionen av klass i mina analyser. Problematiskt med detta tillvägagångssätt är att frågorna ställda i SOM-undersökningarna främst behandlar hushåll och inte enskilda individer. Om det är individens eller hushållets status som spelar roll har forskningen länge diskuterat men i denna studie där jag valt att studera ursprungsklass och social status anser jag det ej vara ett problem att definiera klass utifrån hushåll då jag antar ett hushållsperspektiv när jag använder mig av ursprungsklass.



Tabell 1. Korrelationsmatris av klassvariabler

	Nuvarande klass	Utbildning	Inkomst
Nuvarande klass		.379	
Utbildning	.379		.224
Inkomst	.344	.224	.344

\*\*=  $p < 0,010$  Källa: Weibull, Lennart; Holmberg, Sören; Ekengren Oscarsson, Henrik; Martinsson, Johan och Markstedt, Elias (2013). *Super-Riks-SOM 1986-2011, v2013.1.2*. Göteborgs Universitet: SOM-institutet, [www.som.gu.se](http://www.som.gu.se).

doi:10.5878/002091

### **Interaktionsvariabler**

Inledningsvis i denna studie ställs frågan ifall upplevt hälsotillstånd har sin grund i långsiktiga sociala faktorer eller kortsiktiga rörliga faktorer så som reformer välfärden. I avsikt att studera ifall sådant är fallet undersöks långsiktiga faktorerers inverkan på upplevd hälsa i modeller där vårdvalet inkluderas i tre olika interaktionsvariabler. De tre interaktionsvariablerna har sin utgångspunkt i vårdvalet och innefattar långsiktiga faktorer som klass och kön samt geografiska faktorer. Om resultaten av analysen visar en positiv skillnad i upplevt hälsotillstånd efter vårdvalets införande kan slutsatsen att kortsiktiga faktorer influerar individers upplevda hälsotillstånd dras. Dock är det förväntade sambandet omvänt och analysresultatet väntas tyda mer på att långsiktiga faktorer är mer avgörande för en individs upplevda hälsa. Grunden till det förväntade resultatet ligger i att det i tidigare studier går att se att social klass har en stark inverkan på individers hälsotillstånd, exempelvis i ISFs rapport som påvisar att vuxnas sjukfrånvaro till viss del följer samma mönster som deras föräldrar oavsett samtida vårdutformning (ISF, 2012).

Geografiska faktorer avses användas i form av en interaktionsvariabel tillsammans med vårdvalet för att studera vårdvalets inverkansskillnader i staden och på landsbygden. Hartmann (2011) visar på hur vårdvalreformen har karakteriserats som ett urbant fenomen vars inverkan på landsbygden har varit betydligt lägre än i städer då färre privatägda vårdcentraler öppnat på landsbygden. För att undersöka vårdvalets effekt på upplevd hälsa kommer vårdvalet analyseras med geografisk boendeplats som interaktionsvariabel för att hitta eventuella skillnader mellan staden och landsbygden. Rimligtvis bör upplevt hälsotillstånd ligga på en relativt konstant nivå på landsbygden medan en förändring kan förväntas hos de som lever i

staden. De i staden med lägre social klass kan förväntas ha sämre hälsa än de med högre social klass i staden medan det mellan samma grupper på landsbygden kan förväntas finnas en mindre klyfta i upplevt hälsotillstånd. Även kön kommer att kontrolleras för i detta tänkta samband för att utesluta eventuella könseffekter.

### ***Kontrollvariabler***

De kontrollvariabler jag kommer att använda mig i kommande analys av datamaterialet är variabler relaterade till klass så som egen upplevd klass, utbildning och inkomst samt geografiska variabler så som ifall respondenterna är boende i stad eller på landsbygden. Även kön kommer att användas för att kontrollera för eventuella könseffekter.

### ***Operationalisering av data***

För att förenkla den statistiska analysen har jag omkodat och dikotomiserat variablerna nuvarande klass, ursprungsklass, utbildningsnivå samt för landsbygd/stad. Den oberoende variabeln vårdvalet är också dikotom men i formen av en dummy-variabel som redogörs för längre ner i detta avsnitt.

Tabell 2. Beskrivande statistik över studiens variabler

Variabel	N	Medelvärde	Standardavvikelse	Min.	Max.
Upplevt hälsotillstånd	8029	7,38	2,09	0	10
Ursprungsklass	7651	1,33	0,47	1	2
Nuvarande klass	7602	1,52	0,50	1	2
Utbildning	7899	1,34	0,47	1	2
Inkomst	7502	2,02	0,73	1	3
Kön	8219	1,47	0,50	1	2
Land/Stad	7962	1,63	0,48	1	2
Vårdvalet	8219	0,57	0,49	0	1

Avrundat till två decimaler. Källa: Weibull, Lennart; Holmberg, Sören; Ekengren Oscarsson, Henrik; Martinsson, Johan och Markstedt, Elias (2013). *Super-Riks-SOM 1986-2011, v2013.1.2*. Göteborgs Universitet: SOM-institutet, [www.som.gu.se](http://www.som.gu.se).

doi:10.5878/002091

Det kan generellt sett vara problematiskt att slå ihop värden kan då man kan gå miste om information på mer detaljerad nivå. Jag har tagit hänsyn till detta och har valt att för variabeln upplevt hälsotillstånd behålla dess ursprungliga värden där upplevt hälsotillstånd mäts på en elvgradig skala. Eftersom upplevt hälsotillstånd är en subjektiv variabel upplevde jag att det inte var lämpligt att dikotomisera denna

variabel då hälsa ej kan ses som antingen bra eller dålig. För bästa resultat har jag alltså valt att använda mig av en värdeskala med så många nyanseringar som möjligt.

Vid mätning av inkomstnivå anser jag det inte heller lämpligt att dikotomisera variabelns värden då det är ytterst svårt att dra en gräns mellan hög och låg inkomst. Därför valde jag att istället använda mig av SOM-institutets redan sammanslagna skala med tre nivåer av inkomst, låg, medel och hög inkomst. Jag anser dessa vara relevanta som speglar samhällets olika inkomstnivåer. Då jag har valt att inkludera inkomst som en klassfaktor i denna studie kan det vara en nackdel att måttet inte speglar de andra klassfaktorerna som är dikotomiserade. Det går således inte att tänka att de med låg inkomst är de samma som med lägre klasstillhörighet, vilket jag anser är en fördel då jag inte är av åsikten att dessa bör behandlas som likvärdiga sätt att mäta klass vilket jag även framhåller ovan.

I följande stycken redogör jag för de dikotomiseringar jag genomfört samt resonerar kring lämpligheten i mitt val att slå samman variabelvärden.

Klass och ursprungsklass mättes ursprungligen på en fyra-gradigskala där respondenterna ombads att beskriva sitt ursprungshem och nuvarande hem utifrån följande klasskategorier: arbetarhem, jordbrukarhem, tjänstemannahem och företagarhus. I denna studie har jag valt att slå samman arbetarhem med jordbrukarhem och tjänstemannahem med företagarhus för att få två dikotoma värden, vilket underlättar vid regressionsanalys.

Vad gäller utbildningsnivå har SOM-institutet sammanställt olika sammanslagningar av variabelvärden för utbildningsnivå. Däribland har jag valt att använda mig en sammanslagning där utbildningsnivå representeras av två dikotoma värden, låg respektive hög utbildningsnivå där innebörden av hög utbildningsnivå är högskoleutbildning eller högre.

Den geografiska dikotoma variabeln landsbygd/ stad har skapats genom en sammanslagning av fyra värden där värdena ren landsbygd och mindre tätort representerar landsbygden och värden stad, större tätort och Stockholm, Göteborg och Malmö representerar stad. Anledningen till att mindre tätort slagits samman

med ren landsbygd är att mindre tätorter ofta ligger på landsbygden samt att de är för små för att kunna kategoriseras som städer.

Avslutningsvis redogörs för den oberoende variabeln vårdvalet som jag valde att konstruera i form av en dummyvariabel vilket innebär att jag då valt att se vårdvalet som egenskap för året 2011 medan året 2005 saknar samma egenskap. På så sätt skapas genom dummyvariabeln en intervallskala mellan åren 2005 och 2011 och de kan därför analyseras genom regressionsanalys. Att gå till väga på detta sätt kan vara problematiskt då det ej med säkerhet går att fastslå att resultatet verkligen avser vårdvalet då det utan tvivel har skett andra samhällsförändringar som kan ha inverkat på människors hälsa under samma period. Likväl är det svårt att statistiskt mäta vårdvalet på annat sätt. Där för har jag valt att analysen utgå från att den enda beaktningsvärda skillnaden mellan 2005 och 2011 är vårdvalsreformen, likafullt jag kommer även vara medveten om att andra faktorer som jag ej tar hänsyn till kan ha varit bidragande till eventuella effekterskillnader mellan 2005 och 2011.

## RESULTAT

För att testa sambandet mellan långsiktiga och kortsiktiga faktorerers effekt på upplevt hälsotillstånd genomför jag i ett första led för bivariata regressionsanalyser där alla oberoende och kontrollvariabler testas för effekt på upplevt hälsotillstånd. Därefter undersöks sambanden genom multivariata regressionsanalyser där det kontrolleras för eventuella påverkansfaktorer och slutligen genomförs analyser av relevanta interaktionsvariabler.

Tabell 3. Regressionsanalys. Beroende variabel: upplevt hälsotillstånd. Ostandardiserade B-koefficienter.

	Bivariata samband	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Modell 6	Modell 7	Full modell
Ursprungsklass	.375**	.357**							.053
Nuvarande klass	.524**		.525**	.541**	.541**	.498**	.542**	.541**	.190*
Utbildning	.485**								.220**
Inkomst	.580**								.641**
Kön	.096**	.007	.019	.022	.022	.022	-.044	.022	-.026
Landsbygd/Stad	.087**			-.067	-.067	-.067	-.068	-.152*	-.070
Vårdvalet	-.001**				.005	-.114	-.168	-.243	.043
Interaktion vårdval x klass						.078			
Interaktion vårdval x kön							.117		
Interaktion vårdval x landsbygd/stad								.153	
Adj 2r		0.006	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.043
N		7542	7495	7383	7383	7383	7383	7383	6842
Constant		6.913	6.575	6.650	6.648	6.714	6.746	6.784	5.954

\*\*=  $p < 0,010$  \*=  $p < 0,050$  Källa: Weibull, Lennart; Holmberg, Sören; Ekengren Oscarsson, Henrik; Martinsson, Johan och Markstedt, Elias (2013). *Super-Riks-SOM 1986-2011, v2013.1.2*. Göteborgs Universitet: SOM-institutet, [www.som.gu.se](http://www.som.gu.se). doi:10.5878/002091

Nedan följer en tolkning av resultaten i tabell 3. Analysen av resultaten är uppdelad i två delar, lång- och kortsiktiga faktorer.

### ***Långsiktiga faktorer***

Inledningsvis studeras sambandet och effekten mellan klass och upplevd hälsa där ursprungsklass och egen klass testas för effekt på upplevd hälsa i en bivariat analys. Även andra variabler som kan tänkas påverka upplevt hälsotillstånd och som kommer att användas som oberoende och kontrollvariabler har utsatts för bivariat analys.

Vad tabell 3 visar är att de variabler relaterade till klass, ursprungsklass, nuvarande klass, utbildningsnivå och inkomst har en positiv effekt på upplevt hälsotillstånd. Positiv effekt innebär för upplevelsen av hälsa att ju högre social klass och ju högre ursprungsklass en individ uppbär desto bättre upplevt hälsotillstånd. Hälsonivån för de med lägre klass som genom social rörlighet byter klasstillhörighet och erhåller högre klass kan förväntas förbättra sitt subjektiva hälsotillstånd med cirka fem procent<sup>5</sup>. Förändringen är liten i absoluta tal men förbättringen är trots det tydlig, fem procents bättre hälsa kan i livet göra stor skillnad och jag anser därför det vara en relevant siffra att redovisa.

De effekter som går att se i tabell 3 överensstämmer med vad som var väntat utifrån hypotes ett och två. Analysen tyder dock på att den egna socialgruppstillhörigheten är av större betydelse för hälsan än ursprungsklass. Den största effekt på upplevd hälsa som uppvisas är effekten av inkomst. Ju högre inkomstnivå desto bättre upplevt hälsotillstånd. En liknande effekt går även att finna vad gäller utbildningsnivå. Egen klass, inkomst och utbildningsnivå visar alla liknande effekt vilket är intressant då dessa ej korrelerar med varandra vilket jag tidigare tydliggjort i studiens metodavsnitt.

Huvudintresset i denna studie är att undersöka långsiktiga och kortsiktiga faktorerers inverkan på upplevt hälsotillstånd. Därför fokuserar jag i följande analyser främst på effekten av klass. Att se klass som en långsiktig faktor kan vara diskutabelt då klass kan ses som något föränderligt över tid till skillnad från ursprungsklass som är

---

<sup>5</sup> Beräknat utifrån bivariat analys av oberoende variabeln nuvarande klass och beroende variabeln upplevt hälsotillstånd. Effetkvärde: 0.524

konstant. Emellertid anser jag att klass är så pass trögt att förändra att variabeln kan anses vara av långsiktig karaktär och på ett bra sätt representerar en persons sociala status. När jag fortsättningsvis behandlar klass kommer jag att åsyfta variabeln vid namn *nuvarande klass* som ämnar till att mäta upplevt hälsotillstånd. Övriga klassvariabler gav alla liknande resultat men som motiverat tidigare anser jag det relevant att mäta upplevd klass då människor positionerar sig och agerar utifrån klasstillhörighet. För att vidare motivera att använda nuvarande subjektiv klass istället för ursprungsklass för att mäta långsiktiga faktorer genomfördes en multivariat regressionsanalys, se tabell 3 Full modell, där ursprungsklass prövas mot upplevt hälsotillstånd under kontroll för klassfaktorer och kön. Resultatet påvisar att effekten av ursprungsklass minskar i och med nuvarande klass men en effekt kvarstår om än markant svagare. Därför väljer jag att utgå från egen klass och tolka ursprungsklass effekt på hälsa som ett resultat av att föräldrars livssituation kan ha bidragit till att skapa social och ekonomiska förutsättningar för deras vuxna barns och deras sociala klass (Wilkinson & Pickett, 2010; Marmot, 2006).

Bland de långsiktiga effekterna inkluderas kön då könsskillnader i tidigare forskning ofta lyfts som bestämningsfaktorer för hälsa (Wilkinson & Pickett, 2010). De förväntade resultaten i den bivariata analysen utgår från hypotes 3 som hävdar att kvinnor har sämre upplevt hälsotillstånd än män. Vad tabell 3 visar på är en svag effekt av kön på upplevt hälsotillstånd. Den effekt som trots allt finns pekar likväl på att kvinnor tenderar att ha sämre upplevd hälsa än män. I och med svagheten i effekten bör emellertid ingen större vikt läggas vid könseffekten utan den kan betraktas vara marginell för en persons upplevda hälsotillstånd. Däremot har studier av sjukfrånvaro i Sverige har visat på hur kvinnor i högre grad än män ärver sjukbeteende av sina föräldrar. Det är därför intressant att studera ifall ursprungsklass under kontroll för kön påverkar upplevt hälsotillstånd. Enligt tidigare forskning bör det finnas en könseffekt då kvinnor som haft mer sjuka föräldrar också själva borde uppleva ett sämre hälsotillstånd. Multivariat regressionsanalys visar däremot på att så inte är fallet då effekten av ursprungsklass på upplevd hälsa ej förändras under kontroll för kön medan effekten av kön så gott som försvinner.

### ***Kortsiktiga faktorer***

Ovan går att läsa hur långsiktiga faktorer så som klassfaktorer har en effekt på upplevd hälsa. I följande del kommer kortsiktiga faktorer analyseras genom regressionsanalys. Vårdvalets effekt på upplevt hälsotillstånd kommer att testas genom bivariat och multivariat regressionsanalys. Hypotes sex, sju och åtta kommer att prövas med hjälp av tre olika interaktionsvariabler för att undersöka ifall vårdvalet förstärker långsiktiga och geografiska faktorer effekt på upplevt hälsotillstånd. Geografiska faktorer prövas också i denna del av analysen då det inte är en renodlad långsiktig faktor. Boendeplats är vanligtvis något konstant men är relativt lätt att förändra i jämförelse med exempelvis klass. Därför har jag valt att inkludera boendeplats i analysen av kortsiktiga faktorer.

Inledningsvis testas vårdvalets effekt på upplevt hälsotillstånd genom bivariat analys. Resultaten redovisas i tabell 3 där det tydligt går att se att vårdvalet ej i sig själv haft effekt på upplevt hälsotillstånd. Däremot går att finna en svag effekt av geografiska faktorer på den beroende variabeln upplevt hälsotillstånd. Skillnaden i effekt på upplevt hälsotillstånd mellan boende på landsbygden och i staden är svag men tyder på att landsbygdsbor har ett sämre upplevt hälsotillstånd än de som lever i staden. Det finns alltså en skillnad i upplevt hälsotillstånd baserat på geografiska faktorer som visar på att de som lever i staden generellt sett under de båda årtalen som analyserats upplever sig ha ett bättre hälsotillstånd. Enligt teorier om vårdvalet har reformen till största del inneburit förändringar för de som lever i städer. Det är därför intressant, även om effekten av landsbygd och stad är svag, att inför vidare analys ställa sig frågan ifall det vid multivariat regressionsanalys med interaktionsvariabler går att se ifall skillnaden mellan landsbygd och staden förändras i och med vårdvalets införande.

Vad tabell 3 visade var följaktligen svaga resultat gällande både vårdvalets och geografiska faktorer effekt på hälsa. I ett andra led genomfördes tre olika analyser med interaktionsvariabler för att ge svar på ifall vårdvalet förstärker klass- och könseffekter på upplevd hälsa. Landsbygd och stad testas tillsammans med vårdvalet i en interaktion för att undersöka ifall faktumet att vårdvalets följder som varit stadskoncentrerade haft en effekt på upplevt hälsotillstånd. Modell 6, 7 och 8 i tabell 3 redogör för resultaten av interaktionsanalyserna. Dessvärre uppvisade



ingen av de tre genomföra interaktionerna någon signifikans och är därmed ej relevanta. Bland modell 1- 7 i tabell 3 saknar i stort sett samtliga oberoende variabler förutom nuvarande klass signifikans. Det går däremot att se att effekten av variabeln nuvarande klass är så när som på oförändrad i varje analys och det går därför att dra slutsatsen att vårdvalet ej förstärker och inte heller försvagar effekten av varken klass eller kön vilket falsifierar H1 och H7. Vad gäller geografiska faktorer visade den bivariata analysen på en svag effekt av boendeplats på upplevt hälsotillstånd. Interaktionsanalysen där vårdvalet förväntades förstärka hälsoeffekterna mellan stad och landsbygd saknade signifikans vilket innebär att vårdvalet inte lett till skillnad i hälsa vad gäller landsbygd och stad. Därför kan både H5 och H8 anses vara falsifierade.

Då inga slutsatser kan dras utifrån interaktionsresultaten hänvisas istället till resultaten funna i modell två och tre där det redogörs för variablerna nuvarande klass, kön samt land och stad under kontroll för varandra. Den bivariata analysen tydde på att nuvarande klass var avgörande för upplevt hälsotillstånd och även analysresultaten av modell två och tre tyder på att klass är den enskilt viktigaste faktorn för upplevt hälsotillstånd då effekten av nuvarande klass knappt förändras under kontroll för andra variabler.

Den förklarade variansen tyder på liknande resultat. Tabell 3 visar genomgående i modell 2-7 en förklarad varians på 16 procent vilket främst innebär faktorer som ej finns med i modellerna är av vikt för resultatet. Det visar på att vidare forskning krävs för att till fullo förstå vad som påverkar människors hälsa. Däremot går det genom den förklarade variansen att se ett samband mellan upplevt hälsotillstånd och nuvarande klass. Den förklarade variansen i modell 2 är på 16 procent och ändras ej i de mer utvecklade modellerna. Detta tyder på att nuvarande klass och kön är de oberoende variabler som främst har effekt på hälsa. För att kontrollera ifall effekten jämfördes den förklarade variansen i modellerna med den förklarade variansen som nuvarande klass och kön uppvisat vid bivariat analys. Resultatet<sup>6</sup> från de bivariata analyserna visade vid variabeln nuvarande klass på en förklarad

---

<sup>6</sup> Förklarad varians för nuvarande klass respektive kön. Oberoende variabel upplevt hälsotillstånd. Nuvarande klass: 16 procent, kön: 0 procent.

varians på 16 procent vilket leder till slutsatsen att av prövade variabler är det nuvarande klass som är enskilt viktigast för att förklara upplevt hälsotillstånd.

## Slutsatser

---

Denna studie har haft syftat i att undersöka välfärdspolitikens långsiktiga och kortsiktiga påverkan på jämlik hälsa. Studiens utgångspunkt var att pröva två motstridiga teorier, Lindboms teori om vikten av välfärdspolitikens långsiktiga aspekter och teorin om den kortsiktiga politikens betydelse. Resultaten som framkommit visar på att det finns tydliga klasskillnader i hälsa och att dessa inte påverkas varken positivt eller negativt genom införandet av vårdvalet. Vad gäller geografiska aspekter går ej heller att finna skillnader i hälsotillstånd mellan landsbygds- och stadsbor efter vårdvalets införande. Vi kan då konstatera att klasskillnader finns inom hälsa men att dessa inte är relaterade till vårdvalsreformen.

Vad resultaten innebär för de prövade teorierna är att Lindboms (2011) teori om välfärdspolitikens långsiktiga aspekter får stöd eftersom vårdvalet visade sig sakna effekt på klasskillnader. Det går därför att säga att ingen stratifiering har skett inom hälsoområdet och därför stöds Lindboms teori. Den svenska välfärdsstaten kan emellertid fortfarande anses vara idealtypsmodellen för den socialdemokratiska välfärdsregimtypen, åtminstone inom hälsoområdet då resultaten inte visar på ökad stratifiering och klasskillnader på grund av reformer utan resultaten tyder istället på att hälsa skapas utifrån välfärdsstatens strävan efter jämlikhet ur ett långsiktigt perspektiv.

Teorin om den kortsiktiga välfärdspolitikens betydelse för jämlik hälsa kan försvagas genom att de förväntade effekterna av vårdvalet på skillnader i hälsa inte inträffade. Klasskillnaden som syns när man studerar vem som gör aktiva val av vårdcentral speglas inte i människors hälsotillstånd och det går därför inte att visa på en faktisk klasskillnad inom hälsoområdet vilket tyder på att vårdvalet saknar effekt på hälsoområdet. Det går att ifrågasätta vårdvalets intentioner. Den tolkning jag valde att utgå från var att se vårdvalet som en välfärdsreform, syftande till att

skapa lika möjligheter i hälsa för alla. Efter de analyser jag gjort av vårdvalet kan dock min tolkning ifrågasättas och frågan ifall vårdvalet istället är en valfrihetsreform kan lyftas. Det finns en möjlighet att vårdvalet ej syftade till att öka jämlikheten inom hälsa utan istället hade lika valfrihet som primära mål. Att svara på denna fråga lämnar jag till vidare forskning.

Genom resultatens stöd för Lindboms tes kan forskarvärldens varningar om att Sverige går en mer ojämlik framtid till mötes på grund av privatiseringsåtgärder i välfärden avisas. Vårdvalet må ha visat upp klasskillnader vad gäller det aktiva valet men ej i det faktiska utfallet. Det jag har gjort i denna studie för att undersöka orsaker till ojämlik hälsa har varit att studera utfall av olika teoretiska utgångspunkter. Genom att fokusera på det faktiska utfallet hade jag möjlighet att vidareutveckla och skapa belägg för Lindboms teorier. Många forskare inklusive Lindbom bygger sin forskning på en teoretisk nivå utan att studera fenomen på detaljnivå. Det jag har bidragit med genom denna studie är att visa på vikten av att studera utfallet av välfärdspolitik på enskilda politikområden för att kunna fastställa hur politiken faktiskt verkar. I framtida forskning hade det varit intressant att se liknade studier som har ett större utfallsfokus.

Avslutningsvis går det med denna studie att avvisa varningarna om vårdvalets stratifierande effekt inom hälsoområdet, både vad gäller klass- och geografiska faktorer. Det kan konstateras att genom att jag genom att studera utfall av välfärdspolitiken kunde jag bidra med ökad kunskap kring välfärdspolitikens långsiktiga och kortsiktiga aspekter samt bidra med ökad kunskap kring klasskillnader inom hälsa.

Vad som däremot är viktigt att påpeka är att jag i studien använt mig av data från året efter vårdvalets införande. Eventuellt är denna studie gjord för nära inpå vårdvalets införande eftersom det finns en risk att vårdvalets verkningar inte ännu hade slagit igenom vid tidpunkten då datamaterialet är insamlat. Däremot infördes vårdvalet tidigare i städer än på landsbygden (Anell, 2011) och ifall vårdvalet skulle haft en effekt på hälsa borde den effekten rimligtvis gå att se i analysen av vårdvalets effekt på hälsa som antog ett geografiskt perspektiv. Resultaten visade däremot ingen skillnad i hälsonivå i städer där det infördes tidigt och det kan därför

kan konstateras att vårdvalet inte lett till varken klass- eller geografiska skillnader i hälsa.

### ***Framtida forskning***

Min förhoppning är att denna studie kan öppna upp för vidare forskning om välfärdsreformers reella inverkan på hälsa. Tidigare forskning varande för privatiseringsreformers stratifierande effekt utan att ha tydlig belägg för sin oro. Jag hoppas att framtida forskning vidare kan fortsätta belysa frågorna kring välfärdsreformer och klass. För att försäkra sig om att de resultat jag funnit är giltiga krävs att liknade undersökningar görs inom några år då vårdvalet varit i kraft under en längre period och det tydligare går att mäta dess effekter. Viktigt för framtida välfärdsforskning tror jag också är ett större fokus på faktiskt utfall av reformer och policy. Detta då jag anser att de teorier som finns behöver stärkas och försvagas genom en mer detalj- och politikområdesbaserad forskning.

I min studie gick att se hur variansen i mina modeller var låg men konstant vilket indikerar att det finns fler förklarande variabler att ta hänsyn till och som jag tyvärr inte inkluderade i min studie. Det kan därför vara intressant för vidare forskning att utröna vilka variabler som fattades samt fortsätta kartlägga hur klasstillhörighet och hälsa är sammanhängande då resultaten visade på samband mellan klass och upplevt hälsotillstånd.

Kritik kan riktas mot min studie då jag använt mig av datamaterial som kanske inte är idealiskt för denna typ av undersökning. Datamaterialet jag använt har ej kunnat anpassas till mitt specifika syfte och därför hoppas jag att liknade undersökningar görs med annat datamaterial för att kunna stärka giltigheten i mina resultat.

Slutligen hoppas jag att denna studie har bidragit till framtida forskning genom att öppna upp för vidare forskning kring klasstillhörighet, välfärdsstaten och framför allt att studien uppmuntrar vidare forskning kring utfallet av privatiseringsreformer i välfärden.

## Refersenser

---

Anell, Anders. (2011) "Hälso- och sjukvårdstjänster i privat regi" i Hartman, Laura (Red.) *Konkurrensens konsekvenser: vad händer med svensk välfärd?* (s.181-214). Stockholm: SNS förlag.

Bendz, Anna. (2012) "Valfrihetsreformer och välfärdsattityder" i Bergström, Annika & Ohlsson, Jonas (red.) *Medborgarna om välfärden: samhälle, opinion och medier i västsverige : den västsvenska SOM-undersökningen 2011* (s.81-90). Göteborg: SOM-institutet.

DN (2006) "*Den nya regeringens vallöften*". Dagens Nyheter. Hämtad 2014-05-08 från: <http://www.dn.se/nyheter/den-nya-regeringens-valloften/>

Esping-Andersen, Gøsta. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity.

Eisasson, Peter; Gilljam, Mikael; Oscarsson, Henrik; och Wägnerud, Lena. (2012) *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*. 4:e upplagan. Stockholm: Norstedts Juridik.

Gravelle, Hugh; Wildman, John & Sutton, Matthew (2002). "Income, income inequality and health: what can we learn from aggregate data?" *Social Science & Medicine*, 54, 577–589.

ISF (2012). *Långtidssjukfrånvaro hos föräldrar och deras barn*. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.

Hartman, Laura (Red.) (2011). *Konkurrensens konsekvenser: vad händer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS förlag.

Lindbom, Anders (2011). *Systemskifte?: den nya svenska välfärdspolitiken*. Lund: Studentlitteratur.

Malmökommissionen (2013). *Malmöväg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa*. Malmö: Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö.

Marmot, Michael (2006). *Statussyndromet: hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Stockholm: Natur och kultur

Nilsson, Lennart (2014). *Välfärdsolitik och välfärdsopinion 1986 – 2012. Vinster i välfärden?* [Power-point presentation]. Hämtad 2014-05-08 från, SOM- institutet: <http://www.som.gu.se/publicerat/presenterat/>

OECD (2014). *OECD Better Life Index: Sweden*. Hämtad 2014-04-10 från <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/sweden/>

Oscarsson, Henrik; Holmberg, Sören. (2009) *Därför vann Alliansen. En sammanfattning av några resultat från valundersökningen 2006*. Statistiska centralbyrån.

Oskarson, Maria (2007) *Att koda klass- Valundersökningarnas klassschema jämfört med European Socio-economic Classification (ESeC)* (SOM-rapport 2007).

Tillgänglig: [www.gu.se/digitalAssets/1275/1275039\\_2007\\_att\\_koda\\_klass.pdf](http://www.gu.se/digitalAssets/1275/1275039_2007_att_koda_klass.pdf)

Regeringskansliet (2014). *Sveriges regeringar under 100 år*. Hämtad 2014-04-21 från <http://www.regeringen.se/sb/d/4393>

SOM-institutet (2014) *Återkommande frågor till som institutet*. Hämtad 2014-05-01 från <http://www.som.gu.se/faq/>

SVD (2013) *"Sex viktiga frågor för valet"*. Svenska Dagbladet. Hämtad 2014-05-10 från [http://www.svd.se/nyheter/inrikes/sex-viktiga-fragor-for-valet\\_8147606.svd](http://www.svd.se/nyheter/inrikes/sex-viktiga-fragor-for-valet_8147606.svd)

Weibull, Lennart; Holmberg, Sören; Ekengren Oscarsson, Henrik; Martinsson, Johan och Markstedt, Elias (2013). *Super-Riks-SOM 1986-2011, v2013.1.2*. Göteborgs Universitet: SOM-institutet, [www.som.gu.se](http://www.som.gu.se).  
doi:10.5878/002091

Wilkinson, Richard & Pickett, Kate. (2010) *Jämlikhetsanden: därför är mer jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen*. Stockholm: Karneval

Västra Götalandsregionen (2013). *Samling för social hållbarhet: Åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland*. Tillgänglig: <http://www.vgregion.se/jamlikhalsavast>